

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D.B.E DENGAN HEMATEMESIS
MELENA DI RUANG TERATAI RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**RESTU AGAPE SEO
PO.5303201181229**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D.B.E DENGAN
HEMATEMESIS MELENA DI RUANG TERATAI RSUD PROF.
DR.W.Z JOHANNES KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



RESTU AGAPE SEO
PO.5303201181229

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Restu Agape Seo
NIM : PO. 5303201181229
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 25 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Restu Agape Seo
PO. 5303201181229

Mengetahui
Pembimbing



M. Margaretha U.W., SKp., MHSc
NIP: 19560217 198603 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Restu Agape Seo Nim :PO.5303201181229
dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN Laporan HEMATEMESIS MELENA DI RUANG
TERATAI RSUD PROF DR.W.Z JOHANES KUPANG" telah di
periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun oleh



Restu Agape Seo
PO.5303201181229

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 25 Juli 2019

Pembimbing



M. Margaretha U.W.,SKp.,MHSc
NIP: 19560217 198603 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D.B.E DENGAN HEMATEMESIS
MELENA DI RUANG TERATAI RSUD PROF. DR. W.Z JOHANNES
KUPANG”

Disusun oleh



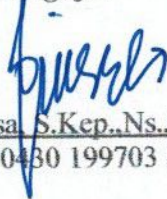
Restu Agape Seo

NIM : PO. 5303201181229

Telah Dinji Pada Tanggal : 25 Juli 2019

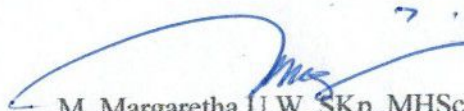
Dewan Penguji

Penguji I



Pius Selasa S.Kep..Ns..MSc
NIP. 19740430 199703 1 001

Penguji II



M. Margaretha U.W. SKp..MHSc
NIP. 19560217 198603 2 001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat SKp.M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli.S.Kep. Ns.MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Restu Agape Seo

Tempat / Tanggal Lahir : Noemuke, 20 Agustus 1979

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Alamat : Jl. Pelita Oesapa

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD GMIT NOEMUKE 1991

2. Tamat SMP Kristen 3 SOE 1994

3. Tamat SPK KUPANG 1997

4. Sejak tahun 2018 kuliah di program studi D III

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes

Kupang

Motto

“Kesuksesan Tak akan diraih tanpa campur tangan Tuhan dan bantuan teman-teman ”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, 25 Juli 2019**

**Nama : Restu Agape Seo
NIM : PO.5303201181229**

Dari hasil pengkajian Tn. D.B.E masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019, dengan alasan muntah gumpalan darah dan buar air besar darah warna hitam, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2019 Tn. D.B.E mengeluh nyeri di area epigastrik dan abdomen. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringis dan gelisah, skala nyeri 5(1-10). Saat ini pasien juga mengeluh terasa nyeri tenggorokan. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut, maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. D.B.E seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi terapi pemberian analgetik untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah melakukan pengkajian adanya alergi makanan, pantau berat badan pasien dan jumlah asupan kalorinya setiap hari, berikan diet tinggi kalori tinggi protein, serta berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. . Implementasi yang sudah dibuat berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. D.B.E teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan pada Tn. D.B.E, dengan Hematemesis Melena

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 15-18 Juli 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu M. Margaretha U.W, SKp.,MHSc selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Pius Selasa, S.Kep.,Ns.,MSc selaku penguji I atau penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Agnes S. Pere, A.Md.Kep selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Ibu Ragu Harming Kristina SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
6. Ibu Margaretha Teli S.Kep.Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Buat Istri tercinta, Anak-anak terkasih Tessa, Jesyana, & Trivent dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Buat Veronika Ose Lanang, Maria Y.K Bria, Simon Benmetan, Irmawati serta teman teman yang selalu mendukung dan membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman RPL tahun 2018 untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Pernyataan Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata Penulis	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran	xi
 Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Penulisan	3
 Bab 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Teori.....	5
2.1.1 Defenisi Hematemesis melena	5
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Tanda dan gejala	6
2.1.4 Komplikasi	6
2.1.5 Patofisiologi	7
2.1.6 Pathway	9
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	10
2.1.8 Penatalaksanaan	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	14
2.2.1 Pengkajian	14
2.2.2 Pemeriksaan fisik	16
2.2.3 Diagnosa keperawatan	16
2.2.4 Perencanaan / intervensi	17

Bab 3 Hasil Penelitian dan Pembahasan

3.1 Hasil Studi Kasus.....	26
3.1.1 Pengkajian	26
3.1.2 Analisa data	29
3.1.3 Diagnosa	30
3.1.4 Intervensi	31
3.1.5 Implementasi	31
3.1.6 Evaluasi	33
3.2 Pembahasan	33
3.2.1 Pengkajian	34
3.2.2 Diagnosa	35
3.2.3 Intervensi	35
3.2.4 Implementasi	36
3.2.5 Evaluasi	37

Bab IV Penutup

4.1 Kesimpulan	39
4.2 Saran	39

Daftar Pustaka	41
----------------------	----

Lampiran

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Konsultasi Pembimbing.
2. Laporan asuhan keperawatan.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hematemesis melena adalah suatu kondisi di mana pasien mengalami muntah darah yang disertai dengan buang air besar (BAB) berdarah dan berwarna hitam. Hematemesis melena merupakan suatu perdarahan yang terjadi pada Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) dan merupakan keadaan gawat darurat yang sering dijumpai di tiap rumah sakit di seluruh dunia termasuk Indonesia. Pendarahan dapat terjadi karena pecahnya varises esofagus, gastritis erosif atau ulkus peptikum 86 % dari angka kematian akibat pendarahan SCBA di Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/ Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) berasal dari pecahnya varises esofagus akibat penyakit sirosis hati dan hepatoma

Di Indonesia sebagian besar (70-85%) hematemesis disebabkan oleh pecahnya varises esofagus yang terjadi pada pasien sirosis hati sehingga prognosisnya tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Berdasarkan data terakhir dari bulan Januari sampai dengan Juni 2019, di Ruang Teratai RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang terdapat 4 kasus pasien dengan Hematemesis Melena, perdarahan akibat sirosis hati disebabkan oleh gangguan fungsi hati penderita, alkohol, obat-obatan, virus hepatitis dan penyakit bilier.

Pendarahan SCBA merupakan keadaan darurat yang umum menyebabkan kematian cukup besar di seluruh dunia.(Roberts *et al.*,2014) Walaupun perdarahan akan berhenti dengan sendirinya, tetapi sebaiknya setiap pendarahan saluran cerna dianggap sebagai suatu keadaan serius yang setiap saat dapat membahayakan pasien. Setiap pasien dengan pendarahan harus dirawat di rumah sakit tanpa kecuali, walaupun pendarahan dapat berhenti secara spontan. Hal ini harus ditanggulangi

secara saksama dan dengan optimal untuk mencegah pendarahan lebih banyak, syok hypovolemic, dan akibat lain yang berhubungan dengan pendarahan tersebut, termasuk kematian pasien.(Dwaney, 2012).

Dalam penanggulangan penyakit Hematemesis melena tentunya tidak mengabaikan penyakit- penyakit lain sebagai factor pencetus, diantaranya penyakit sirosis hepatic, hepatitis virus (A, B, C, D dan E) . Hal ini dibuktikan lewat peran Pemerintah dalam penanggulangan Hepatitis virus yang diatur dalam Permenkes RI Nomor 53 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Hepatitis virus, misalnya pada pasal 4 meliputi kegiatan promosi kesehatan, perlindungan khusus, pemberian imunisasi, surveilans hepatitis virus, pengendalian factor resiko, deteksi dini dan penemuan kasus, dan / atau penanganan khusus.

Dari hasil pengamatan penulis saat melakukan praktik keperawatan di RSUD Prof, Dr W.Z Johannes Kupang semua pasien Hematemesis Melena harus ditanggulangi secara saksama dan dengan optimal untuk mencegah pendarahan lebih banyak, syok hemoragik, syok hypovolemic dan akibat lain yang berhubungan dengan pendarahan tersebut, termasuk kematian pasien, sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Hematemesis Melena.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan pengelolaan Karya Tulis Ilmiah dalam dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”

1.2 Tujuan Penulisan.

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”

1.2.2 Tujuan khusus

- 1.2.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”
- 1.2.2.2 Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”
- 1.2.2.3 Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”
- 1.2.2.4 Penulis mampu mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”
- 1.2.2.5 Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn.D.B.E dengan Hematemesis Melena di ruang Teratai RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes kupang”

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan berguna bagi pembangunan ilmu keperawatan khususnya keperawatan gawat darurat pada pasien Hematemesis Melena.

1.3.2 Manfaat praktis

1.3.2.1 Bagi peneliti

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien Hematemesis Melena.

1.3.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Gawat Darurat.

1.3.2.3 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien Hematemesis Melena dengan resiko terjadinya syok hipovolemik .

1.3.2.4 **Bagi pasien**

Dapat menjadi pedoman bagi pasien untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR PENYAKIT

2.1.1 Definisi Penyakit

Hematemesis adalah muntah darah dan melena adalah pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti teh yang disebabkan oleh adanya perdarahan saluran makan bagian atas. Warna hematemesis tergantung pada lamanya hubungan atau kontak antara darah dengan asam lambung dan besar kecilnya perdarahan, sehingga dapat berwarna seperti kopi atau kemerah-merahan dan bergumpal-gumpal. (Syaifudin,2010)

2.1.2 Etiologi

Hematemesis Melena terjadi bila ada perdarahan di daerah proksimal jejunum dan melena dapat terjadi tersendiri atau bersama-sama dengan hematemesis. Paling sedikit terjadi perdarahan sebanyak 50 ml baru dijumpai keadaan melena. (Saltzman, 2015). Banyaknya darah yang keluar selama hematemesis atau melena sulit dipakai sebagai patokan untuk menduga besar kecilnya perdarahan saluran makan bagian atas. Hematemesis dan melena merupakan suatu keadaan yang gawat dan memerlukan perawatan segera di rumah sakit. (Syaifudin.2010). Etiologi dari Hematemesis melena adalah :

1. Kelainan esofagus : varise, esofagitis, keganasan.
2. Kelainan lambung dan duodenum: tukak lambung dan duodenum,keganasan dan lain-lain.
3. Penyakit darah: leukemia, DIC (disseminated intravascular coagulation), purpura trombositopenia dan lain-lain.
4. Penyakit sistemik lainnya: uremik, dan lain-lain.
5. Pemakaian obat-obatan yang ulserogenik: golongan salisilat, kortikosteroid, alkohol, dan lain-lain.

Penting sekali menentukan penyebab dan tempat asal perdarahan saluran makan bagian atas, karena terdapat perbedaan usaha penanggulangan setiap macam perdarahan saluran makan bagian atas. Penyebab perdarahan

saluran makan bagian atas yang terbanyak dijumpai di Indonesia adalah pecahnya varises esofagus dengan rata-rata 45-50 % seluruh perdarahan saluran makan bagian atas (Syarifudin.2010)

2.1.3 Tanda dan gejala

Gejala terjadi akibat perubahan morfologi dan lebih menggambarkan beratnya kerusakan yang terjadi dari pada etiologinya. Didapatkan gejala dan tanda sebagai berikut :

1. Gejala-gejala intestinal yang tidak khas seperti anoreksia, mual,
2. muntah dan diare.
3. Demam, berat badan turun, lekas lelah.
4. Ascites, hidratoraks dan edema.
5. Ikterus, kadang-kadang urin menjadi lebih tua warnanya atau kecoklatan.
6. Hematomegali, bila telah lanjut hati dapat mengecil karena fibrosis. Bila secara klinis didapati adanya demam, ikterus dan asites, dimana demam bukan oleh sebab-sebab lain, ditambahkan sirosis dalam keadaan aktif. Hati-hati akan kemungkinan timbulnya prekoma dan koma hepaticum.
7. Kelainan pembuluh darah seperti kolateral-kolateral dinding, koput medusa, wasir dan varises esofagus.
8. Kelainan endokrin yang merupakan tanda dari hiperestrogenisme yaitu:
 - Impotensi, atrofi testis, ginekomastia, hilangnya rambut axila dan pubis.
 - Amenore, hiperpigmentasi areola mammae
 - Spider nevi dan eritema
 - Hiperpigmentasi Jari tabuh

2.1.4 Komplikasi

Komplikasi yang bisa terjadi pada pasien Hematemesis Melena adalah koma hepatic (suatu sindrom neuropsikiatrik yang ditandai dengan

perubahan kesadaran, penurunan intelektual, dan kelainan neurologis yang menyertai kelainan parenkim hati), syok hipovolemik (kehilangan volume darah sirkulasi sehingga curah jantung dan tekanan darah menurun), aspirasi pneumoni (infeksi paru yang terjadi akibat cairan yang masuk saluran napas), anemi posthemoragik (kehilangan darah yang mendadak dan tidak disadari).

2.1.5 Patofisiologi

A. Ulkus peptikum

Ulkus peptikum terjadi terutama pada mukosa gastroduodenal karena jaringan ini tidak dapat menahan kerja asam lambung pencernaan (asam hidroklorida) dan pepsin. Erosi yang terjadi berkaitan dengan peningkatan konsentrasi dan kerja asam pepsin, atau berkenaan dengan penurunan pertahanan normal dari mukosa. Mukosa yang rusak tidak dapat mensekresi mucus yang cukup bertindak sebagai barier terhadap asam klorida.

B. Sekresi lambung

Sekresi lambung terjadi pada tiga fase yang serupa ; (1) fase sefalik yaitu : fase yang dimulai dengan rangsangan seperti pandangan, bau, atau rasa makanan yang bekerja pada reseptor kortikal serebral yang pada gilirannya merangsang saraf vagal , (2) fase lambung, yaitu : pada fase lambung dilepaskan asam lambung dilepaskan sebagai akibat dari rangsangan kimiawi dan mekanis terhadap reseptor di dinding lambung, dan (3) fase usus, yaitu makanan pada usus halus menyebabkan pelepasan hormon (dianggap sebagai gastrin) yang pada waktunya akan merangsang sekresi asam lambung.

C. Barrier mukosa lambung

Merupakan pertahanan utama lambung terhadap pencernaan yang dilakukan lambung itu sendiri. Faktor lain yang mempengaruhi pertahanan mukosa adalah suplai darah , keseimbangan asam basa,

integritas sel mukosa dan regenerasi sel epitel. Seseorang mungkin akan mengalami ulkus peptikum karena satu dari dua faktor ini, yaitu; (1) hipersekresi asam lambung (2) kelemahan barier mukosa lambung.

Apapun yang menurunkan produksi mucus lambung atau merusak mukosa lambung adalah ulserogenik; salisilat, obat anti inflamasi non steroid, alcohol dan obat antiinflamasi.

D. Sindrom Zollinger-Ellison

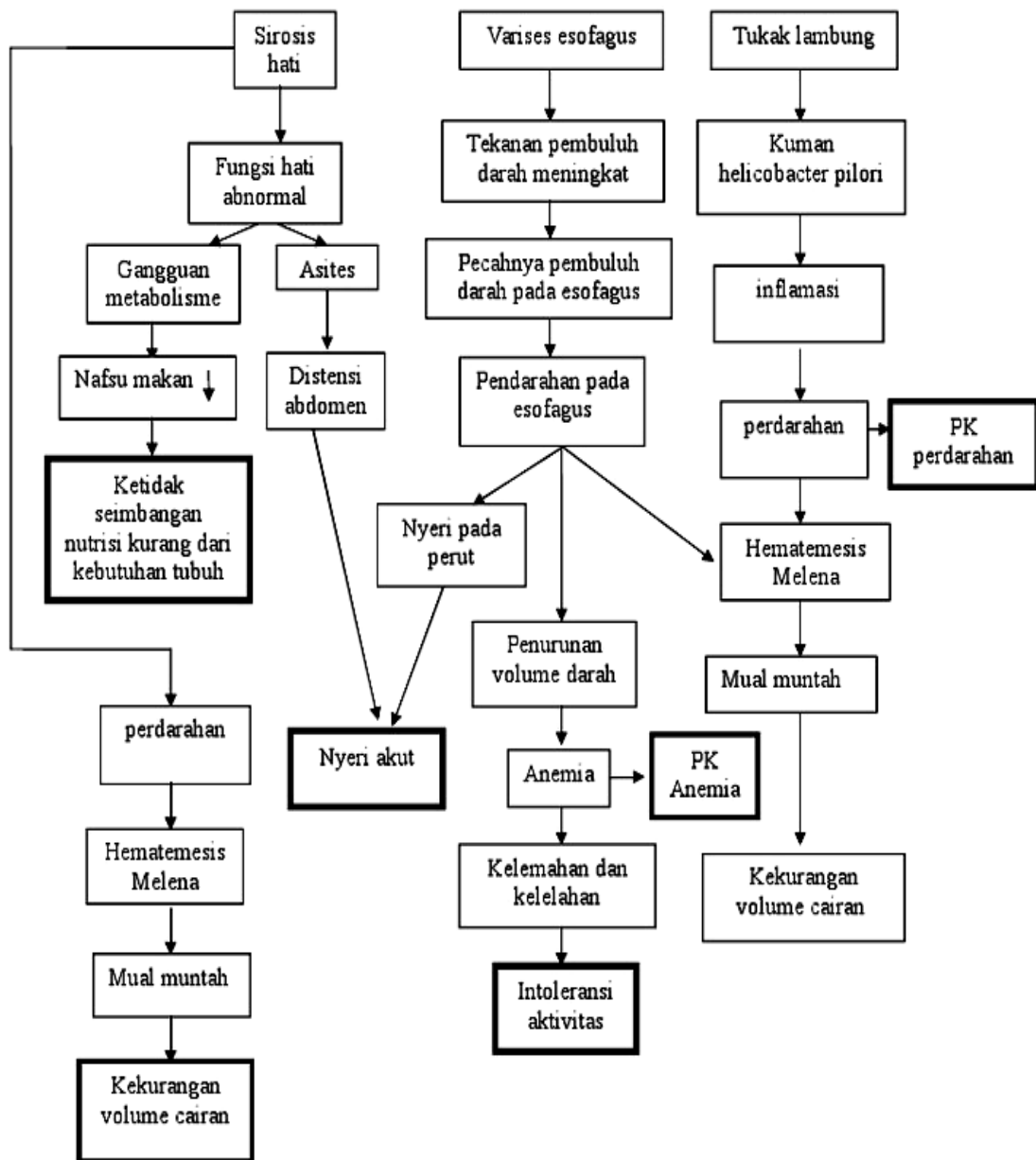
Sindrom ini diidentifikasi melalui temuan; hipersekresi getah lambung, ulkus duodenal, dan gastrinoma dalam pancreas.

E. Ulkus Stres

Merupakan istilah yang diberikan pada ulserasi mukosal akut dari duodenal atau area lambung yang terjadi setelah kejadian penuh stress secara fisiologis. Kejadian stress misalnya; luka bakar, syok, sepsis berat dan trauma organ multipel.

2.1.6 Pathway

PATHWAY HEMATEMESIS MELENA



Pathway (syaifudi.2010)

2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

1. Laboratorium

- a. Darah : Hb menurun / rendah
- b. SGOT, SGPT yang meningkat merupakan petunjuk kebocoran dari sel yang mengalami kerusakan.
- c. Albumin, kadar albumin yang merendah merupakan cerminan kemampuan sel hati yang kurang.
- d. Pemeriksaan CHE (kolinesterase) penting dalam menilai kemampuan sel hati. Bila terjadi kerusakan kadar CHE akan turun.
- e. Pemeriksaan kadar elektrolit penting dalam penggunaan diuretik dan pembatasan garam dalam diet.
- f. Peninggian kadar gula darah.
- g. Pemeriksaan marker serologi pertanda ureus seperti HBSAg/HBSAB, HBeAg, dll

a. Radiologi

- a. USG untuk melihat gambaran pembesaran hati, permukaan splenomegali, acites
- b. Esofagus untuk melihat perdarahan esofagus
- c. Angiografi untuk pengukuran vena portal

2.1.8 Penatalaksanaan

Bila pasien memuntahkan darah maka sumber cedera di bagian atas saluran pencernaan seperti esofagus, duodenum dan lambung. Muntahan darah segar di hubungkan dengan perdarahan varises esofagus yang merupakan vena besar. Keadaan tersebut terjadi sebagai penyulit penyakit hati berat, seperti alkoholisme menahun. Sokong sirkulasi penderita dengan darah Ringer Laktat dan oksigen: penderita dapat merasakan. Muntah darah segar dengan riwayat berak hitam menggambarkan ulkus yang berdarah yang tak semendesak perdarahan varices esofagus. Pengeluaran darah segar dalam feses atau setelah buang air besar merupakan tanda perdarahan saluran cerna bawah akibat hemoroid, divertikula, penyakit keganasan atau polip. (Sayaifudin.2010)

Pengobatan penderita perdarahan saluran makan bagian atas harus sedini mungkin dan sebaiknya dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan pengawasan yang teliti dan pertolongan yang lebih baik. Pengobatan penderita perdarahan saluran makan bagian atas meliputi :

1. Pengawasan dan pengobatan umum

- a. Penderita harus diistirahatkan mutlak, obat-obat yang menimbulkan efek sedatif(penenang) morfin, meperidin dan paraldehid sebaiknya dihindarkan.
- b. Penderita dipuaskan selama perdarahan masih berlangsung dan bila perdarahan berhenti dapat diberikan makanan cair.
- c. Infus cairan langsung dipasang dan diberikan larutan garam fisiologis selama belum tersedia darah.
- d. Pengawasan terhadap tekanan darah, nadi, kesadaran penderita dan bila perlu dipasang CVP monitor.
- e. Pemeriksaan kadar hemoglobin dan hematokrit perlu dilakukan untuk mengikuti keadaan perdarahan.
- f. Transfusi darah diperlukan untuk mengganti darah yang hilang dan mempertahankan kadar hemoglobin 50-70 % harga normal.
- g. Pemberian obat-obatan hemostatik seperti vitamin K, 4 x 10 mg/hari, karbasokrom (Adona AC), antasida dan golongan H₂ reseptor antagonis (simetidin atau ranitidin) berguna untuk menanggulangi perdarahan.
- h. Dilakukan klisma atau lavemen dengan air biasa disertai pemberian antibiotika yang tidak diserap oleh usus, sebagai tindakan sterilisasi usus. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan produksi amoniak oleh bakteri usus, dan ini dapat menimbulkan ensefalopati hepatic.

2. Pemasangan pipa naso-gastrik.

Tujuan pemasangan pipa naso gastrik adalah untuk aspirasi cairan lambung, lavage (kumbah lambung) dengan air , dan pemberian obat-obatan. Pemberian air pada kumbah lambung akan menyebabkan vasokonstriksi lokal sehingga diharapkan terjadi penurunan aliran darah di mukosa lambung, dengan demikian perdarahan akan berhenti. Kumbah lambung ini akan dilakukan berulang kali memakai air sebanyak 100- 150 ml sampai cairan aspirasi berwarna jernih dan bila perlu tindakan ini dapat diulang setiap 1-2 jam. Pemeriksaan endoskopi dapat segera dilakukan setelah cairan aspirasi lambung sudah jernih.

3. Pemberian pitresin (vasopresin)

Pitresin mempunyai efek vasokonstriksi, pada pemberian pitresin per infus akan mengakibatkan konstriksi pembuluh darah dan splanknikus sehingga menurunkan tekanan vena porta, dengan demikian diharapkan perdarahan varises dapat berhenti. Perlu diingat bahwa pitresin dapat menstimulasi otot polos sehingga dapat terjadi vasokonstriksi koroner, karena itu harus berhati-hati dengan pemakaian obat tersebut terutama pada penderita penyakit jantung iskemik. Karena itu perlu pemeriksaan elektrokardiogram dan anamnesis terhadap kemungkinan adanya penyakit jantung koroner/iskemik.

4. Pemasangan balon SB Tube.

Dilakukan pemasangan balon SB tube untuk penderita perdarahan akibat pecahnya varises. Sebaiknya pemasangan SB tube dilakukan sesudah penderita tenang dan kooperatif, sehingga penderita dapat diberitahu dan dijelaskan makna pemakaian alat tersebut, cara pemasangannya dan kemungkinan kerja ikutan yang dapat timbul pada waktu dan selama pemasangan.

Beberapa peneliti mendapatkan hasil yang baik dengan pemakaian SB tube ini dalam menanggulangi perdarahan saluran makan bagian atas akibat pecahnya varises esofagus.

Komplikasi pemasangan SB tube yang berat seperti laserasi dan ruptur esofagus, obstruksi jalan napas tidak pernah dijumpai.

5. Pemakaian bahan sklerotik

Bahan sklerotik sodium morrhuate 5 % sebanyak 5 ml atau sotrdecol 3 % sebanyak 3 ml dengan bantuan fiberendoskop yang fleksibel disuntikan dipermukaan varises kemudian ditekan dengan balon SB tube. Tindakan ini tidak memerlukan narkose umum dan dapat diulang beberapa kali. Cara pengobatan ini sudah mulai populer dan merupakan salah satu pengobatan yang baru dalam menanggulangi perdarahan saluran makan bagian atas yang disebabkan pecahnya varises esofagus.

6. Tindakan operasi

Bila usaha-usaha penanggulangan perdarahan diatas mengalami kegagalan dan perdarahan tetap berlangsung, maka dapat dipikirkan tindakan operasi . Tindakan operasi yang biasa dilakukan adalah : ligasi varises esofagus, transeksi esofagus, pintasan porto-kaval. Operasi efektif dianjurkan setelah 6 minggu perdarahan berhenti dan fungsi hari membaik. Selain cara-cara tersebut diatas, adapula metode lain untuk menghentikan perdarahan varises esophagus, antara lain :

a. Cyanoacrylate glue injection, memakai semacam lem jaringan (His-toacryl R) yang langsung disuntikkan intravena.

b. Endoscopic band ligator

Sedangkan pada perdarahan non variceal, dapat dilakukan tindakan-tindakan sebagai berikut :

a Laser photo coagulation

b. Diathermy coagulation

c. Adrenalin injection

d. Sclerotherapy injection. (Lynda.2008)

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas pasien, meliputi :

Nama, Umur (biasanya bisa usia muda maupun tua), Jenis kelamin (bisa laki-laki maupun perempuan), Suku bangsa, Pekerjaan, Pendidikan, Alamat, Tanggal MRS, dan Diagnosa medis

b. Keluhan utama

Biasanya keluhan utama klien adalah muntah darah atau berak darah yang datang secara tiba-tiba.

c. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

keluhan utama pasien adalah muntah darah atau berak darah yang datang secara tiba-tiba .

2. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien mempunyai riwayat penyakit hepatitis kronis, sirosis hepatitis, hepatoma, ulkus peptikum, kanker saluran pencernaan bagian atas, riwayat penyakit darah (misal : DM), riwayat penggunaan obatulserogenik, kebiasaan / gaya hidup (alkoholisme, gaya hidup / kebiasaan makan).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya apabila salah satu anggota keluarganya mempunyai kebiasaan makan yang dapat memicu terjadinya hematemesis melena, maka dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain

e. Pola-pola fungsi kesehatan

1. Pola perspsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya klien mempunyai kebiasaan alkoholisme, penggunaan obat-obat ulseroge

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Terjadi perubahan karena adanya keluhan pasien berupa mual, muntah, kembung, dan nafsu makan menurun, dan intake nutrisi harus dalam bentuk makanan yang lunak yang mudah dicerna

3. Pola aktivitas dan latihan

Gangguan aktivitas atau kebutuhan istirahat, kekurangan protein (hydroprotein) yang dapat menyebabkan keluhan subjektif pada pasien berupa kelemahan otot dan kelelahan, sehingga aktivitas sehari-hari termasuk pekerjaan harus dibatasi atau harus berhenti bekerja

4. Pola eliminasi

Pola eliminasi mengalami gangguan, baik BAK maupun BAB. Pada BAB terjadi konstipasi atau diare. Perubahan warna feses menjadi hitam seperti petis, konsistensi pekat. Sedangkan pada BAK, warna gelap dan konsistensi pekat.

5. Pola tidur dan istirahat

Terjadi perubahan tentang gambaran dirinya seperti badan menjadi kurus, perut membesar karena ascites dan kulit mengering, bersisik agak kehitaman.

6. Pola hubungan peran

Dengan adanya perawatan yang lama maka akan terjadi hambatan dalam menjalankan perannya seperti semula.

7. Pola reproduksi seksual

Akan terjadi perubahan karena ketidakseimbangan hormon, androgen dan estrogen, bila terjadi pada lelaki (suami) dapat menyebabkan penurunan libido dan impoten, bila terjadi pada wanita (istri) menyebabkan gangguan pada siklus haid atau dapat terjadi amenore dan hal ini tentu saja mempengaruhi pasien sebagai pasangan suami dan istri.

8. Pola penanggulangan stres

Biasanya dengan coping stres yang baik, maka dapat mengatasi masalahnya namun sebaliknya bagi kx yang tidak bagus copingnya maka dapat destruktif lingkungan sekitarnya.

9. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pola ini tidak terjadi gangguan pada klien.

2.2.2 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien Hematomesis melena akan terjadi ketidak seimbangan nutrisi akibat anoreksia, intoleran terhadap makanan / tidak dapat mencerna, mual, muntah, kembung.

b. Sistem respirasi

Akan terjadi sesak, takipnea, pernafasan dangkal, bunyi nafas tambahan hipoksia, ascites.

c. Sistem kardiovaskuler

Riwayat perikarditis, penyakit jantung reumatik, kanker (malfungsi hati menimbulkan gagal hati), distritnya, bunyi jantung (S3, S4).

d. Sistem gastrointestinal.

Nyeri tekan abdomen / nyeri kuadran kanan atas, pruritus, neuritus perifer.

e. Sistem persyarafan

Penurunan kesadaran, perubahan mental, bingung halusinasi, koma, bicara lambat tak jelas.

f. Sistem geniturianaria / eliminasi

Terjadi flatus, distensi abdomen (hepatomegali, splenomegali. asites), penurunan / tak adanya bising usus, feses warna tanah liat, melena, urin gelap pekat, diare / konstipasi.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan (kehilangan cairan tubuh secara aktif) ditandai dengan perubahan pada

status mental, penurunan tekanan darah, tekanan nadi, volume nadi, turgor kulit, haluaran urine, pengisian vena, dan berat badan tiba-tiba, membrane mukosa kering, kulit kering, peningkatan hematokrit, suhu tubuh, frekuensi nadi, dan konsentrasi urine, haus, dan kelemahan.

2. Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal dan/atau ginjal berhubungan dengan hipovolemik karena perdarahan.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).
4. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan
5. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pajanan informasi tentang penyakitnya.
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian.

2.2.4 Perencanaan / Intervensi

1. Diagnosa keperawatan : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan (kehilangan cairan tubuh secara aktif)
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi pemulihan keseimbangan cairan dan elektrolit yang optimal dengan kriteria hasil:
 - a. Kesadaran pasien composmentis
 - b. Tanda vital stabil : Suhu : 36,5-37,5° C, nadi : 60-100 x/menit, pernapasan : 12-22 x/menit, tekanan darah : 100/60-140/90 mmHg
 - c. Haluaran urine 0,5-1,0 ml/kg BB/jam, warna urine kuning dan jernih
 - d. Kadar elektrolit serum dalam batas normal : Natrium (Na) = 135-145 mEq/L, Kalium (K) = 3,5-5,3 mEq/L, Kalsium (Ca) = 4,5-5,5 mEq/L, Magnesium (Mg) = 1,5-2,5 mEq/L, Klorida (Cl

) =90-105 mEq/L, Fosfort (P) = 1,7-2,6 mEq/L, Hematokrit =33-45 %, Hb = 13,5-17,5 g/dl –

- e. Berat badan stabil
- f. Membran mukosa lembab
- g. Turgor kulit normal
- h. Tidak mengalami muntah

Intervensi Keperawatan :

- Amati tanda-tanda vital

Rasional: Memberikan pedoman untuk penggantian cairan dan mengkaji respon kardiovaskuler. Hipovolemia merupakan risiko utama yang segera terdapat sesudah perdarahan masif. Pantau haluaran urin sedikitnya setiap jam sekali dan menimbang berat badan pasien setiap hari.

- Pantau haluaran urine setiap jam, perhatikan warna urine dan timbang berat badan tiap hari

Rasional : Haluaran urin dan berat badan memberikan informasi tentang perfusi renal, kecukupan penggantian cairan, dan kebutuhan serta status cairan. Warna urine merah/hitam menandakan kerusakan otot massif .

- Catat karakteristik muntah dan/ atau drainase.

Rasional : Membantu dalam membedakan distress gaster. Darah merah cerah menandakan adanya atau perdarahan arterial akut, mungkin karena ulkus gaster; darah merah gelap mungkin darah lama (tertahan dalam usus) atau perdarahan vena dari varises.

- Catat respons fisiologis individual pasien terhadap perdarahan, misalnya perubahan mental, kelemahan, gelisah, ansietas, pucat, berkeringat, takipnea, peningkatan suhu.

Rasional: Memburuknya gejala dapat menunjukkan berlanjutnya perdarahan atau tidak adekuatnya penggantian cairan.

- Awasi masukan dan haluaran dan hubungkan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah/ cairan melalui muntah dan defekasi.
Rasional: Memberikan pedoman untuk penggantian cairan
- Pertahankan pemberian infuse dan mengatur tetesannya pada kecepatan yang tepat sesuai dengan program medik.
R/ : Pemberian cairan yang adekuat diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit serta perfusi organ-organ vital adekuat.
- Pertahankan tirah baring; mencegah muntah dan tegangan pada saat defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk memberikan periode istirahat tanpa gangguan. Hilangkan rangsangan berbahaya.
Rasional : Aktivitas/ muntah meningkatkan tekanan intra-abdominal dan dapat mencetuskan perdarahan lanjut.
- Kolaborasi pengamatan hasil elektrolit serum
Rasional : Natrium urine kurang dari 10 mEq/L di duga ketidakakuatan penggantian cairan.
- Kolaborasi pemeriksaan laboratorium; misalnya Hb/ Ht
Rasional: Alat untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi.

2. Diagnosa keperawatan : Ketidakefektifan perfusi gastrointestinal dan/atau ginjal berhubungan dengan hipovolemik karena perdarahan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi jaringan gastrointestinal dan/atau ginjal efektif dengan Kriteria hasil:

1. Kesadaran pasien composmentis
2. Tanda vital stabil: Suhu : 36,5-37,5° C, nadi : 60-100 x/menit, pernapasan : 12-22 x/menit, tekanan darah :100/60-140/90 mmHg –

3. Haluaran urine 0,5-1,0 ml/kg BB/jam
4. Akral teraba hangat
5. Turgor kulit normal
6. Capillary Refill Time dalam batas normal (< 2 detik)

Intervensi Keperawatan :

- Selidiki perubahan tingkat kesadaran, keluhan pusing/ sakit kepala

Rasional : Perubahan dapat menunjukkan ketidakadekuatan perfusi serebral sebagai akibat tekanan darah arterial.

- Auskultasi nadi apikal. Awasi kecepatan jantung/irama bila EKG kontinu ada

R/ : Perubahan disritmia dan iskemia dapat terjadi sebagai akibat hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat area jantung bila lavage air dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.

- Amati tanda-tanda vital

Rasional : memberikan pedoman untuk penggantian cairan dan mengkaji respon kardiovaskuler. Hipovolemia merupakan risiko utama yang segera terdapat sesudah perdarahan masif. Pantau haluaran urin sedikitnya setiap jam sekali dan menimbang berat badan pasien setiap hari.

- Kaji kulit terhadap dingin, pucat, berkeringat, pengisian kapiler lambat, dan nadi perifer lemah.

Rasional : Vasokonstriksi adalah respon simpatik terhadap penurunan volume sirkulasi dan/ atau dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopresin.

- Catat laporan nyeri abdomen, khususnya tiba-tiba nyeri hebat atau nyeri menyebar ke bahu.

Rasional: Nyeri disebabkan oleh ulkus gaster sering hilang setelah perdarahan akut karena efek bufer darah.

- Observasi kulit untuk pucat, kemerahan. Pijat dengan minyak. Ubah posisi dengan sering.

Rasional : Gangguan pada sirkulasi perifer meningkatkan risiko kerusakan kulit.

- Kolaborasi pemberian oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional: Mengobati hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut.

- Berikan cairan IV sesuai indikasi.

Rasional : Mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi.

3. Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x20 menit dalam 2 hari diharapkan nyeri terkontrol dengan kriteria hasil:

- a. Klien menyatakan nyerinya menurun atau terkontrol
- b. Klien tampak rileks
- c. Tanda vital stabil : suhu : 36,5-37,5°C
- d. Nadi : 60-100 x/menit, pernapasan : 12-22 x/menit, tekanan darah : 100/60-140/90 mmHg

Intervensi keperawatan:

- Catat keluhan nyeri, lokasi, lamanya, intensitas (skala 0-10).

Rasional: Nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan dengan gejala nyeri klien sebelumnya dimana dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi.

- Amati tanda-tanda vital

Rasional : nyeri dapat mempengaruhi perubahan frekuensi jantung, tekanan darah dan frekuensi nafas.

- Kaji ulang faktor yang meningkatkan atau menurunkan nyeri.

Rasional: Membantu dalam membuat diagnosa dan kebutuhan terapi.

- Anjurkan makan sedikit tapi sering sesuai indikasi untuk klien.

Rasional: Makanan mempunyai efek penetralisir, juga mencegah distensi dan haluaran gastrin.

- Identifikasi dan batasi makanan yang menimbulkan ketidaknyamanan.
Rasional : Makanan khusus yang menyebabkan distress bermacam-macam antara individu.
- Bantu latihan rentang gerak aktif/ aktif dan teknik relaksasi nafas dalam.
R/: Menurunkan kekakuan sendi, meminimalkan nyeri/ ketidaknyamanan.
- Kolaborasi pemberian obat analgesik sesuai indikasi.
Rasional : Mengobati nyeri yang muncul.

4. Diagnosa keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi seimbang dengan kriteria hasil:

- a. Klien melaporkan intake cukup dari kebutuhan yang dianjurkan.
- b. Berat badan ideal
- c. Tonus otot baik
- d. Nyeri abdomen tidak ada
- e. Nafsu makan baik
- f. Kadar protein serum berada dalam kisaran normal (3.40 – 4.80 g/dL)

Intervensi Keperawatan:

- Pantau berat badan pasien dan jumlah asupan kalorinya setiap hari.
Rasional: Tindakan ini membantu menentukan apakah kebutuhan makanan telah terpenuhi.
- Kaji adanya distensi abdomen, volume residu lambung yang besar atau diare.

Rasional: Tanda-tanda ini dapat menunjukkan intoleransi terhadap jalur atau tipe pemberian nutrisi.

- Berikan diet tinggi kalori dan tinggi protein; mencakup kesukaan pasien dan makanan yang dibuat di rumah. Berikan suplemen nutrisi sesuai dengan ketentuan medik.

Rasional: Pasien memerlukan nutrient yang cukup untuk peningkatan kebutuhan metabolisme.

- Berikan suplemen vitamin dan mineral sesuai dengan ketentuan medic

Rasional: Suplemen ini memenuhi kebutuhan nutrisi; vitamin dan mineral yang adekuat perlu untuk fungsi selular

- Berikan nutrisi enteral atau parenteral total melalui protokol penanganan jika kebutuhan diet tidak terpenuhi lewat asupan per oral

Rasional: Teknik intervensi nutrisi menjamin terpenuhinya kebutuhan nutrisi

5. Diagnosa keperawatan : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pajanan informasi tentang penyakitnya.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x1 jam diharapkan pengetahuan klien tentang hematemesis melena bertambah dengan kriteria hasil:

- a. Klien menyatakan pemahaman mengenai penyakitnya (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan pengobatan/perawatan)
- b. Klien tampak kooperatif mendengarkan penjelasan petugas

Intervensi Keperawatan:

- Kaji sejauh mana ketidakmengertian klien dan keluarga tentang penyakit yang diderita.

Rasional : Mengidentifikasi area kekurangan pengetahuan/ salah informasi dan memberikan kesempatan untuk memberikan informasi tambahan sesuai kebutuhan.

- Diskusikan dengan klien untuk melakukan pendidikan kesehatan.

Rasional : Partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerja sama dengan klien.

- Berikan penjelasan tentang penyakit yang klien derita, cara pengobatan dan perawatan di rumah serta pencegahan kekambuhan penyakit.

Rasional : Memberikan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan informasi/ keputusan tentang masa depan dan control masalah kesehatan.

- Berikan kesempatan klien dan keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam pendidikan kesehatan.

Rasional: Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk lebih memahami tentang penyakitnya.

- Berikan evaluasi terhadap keefektifan pendidikan kesehatan.

Rasional: Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien setelah diberi pendidikan kesehatan.

6. Diagnosa keperawatan : Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x1 jam diharapkan ansietas berkurang dengan kriteria hasil:

- a. Klien melaporkan rasa ansietas berkurang –
- b. Klien tampak rileks

Intervensi Keperawatan :

- Awasi respon fisiologis, misalnya takipnea, palpitasi, pusing, sakit kepala dan sensasi kesemutan.

Rasional : Dapat menjadi indikatif derajat takut yang dialami pasien tetapi dapat juga berhubungan dengan kondisi fisik/ status syok

- Catat petunjuk perilaku seperti gelisah, kurang kontak mata dan perilaku melawan.
Rasional : Indikator derajat takut yang dialami klien.
- Dorong pernyataan takut dan ansietas, berikan umpan balik.
Rasional : Membantu klien menerima perasaan dan memberikan kesempatan untuk memperjelas konsep.
- Berikan lingkungan tenang untuk istirahat.
Rasional: Meningkatkan relaksasi dan keterampilan koping.
- Dorong orang terdekat tinggal dengan klien. Berespons terhadap tanda panggilan dengan cepat. Gunakan sentuhan dan kontak mata dengan tepat.
Rasional : Membantu menurunkan rasa takut karena kesepian.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam Bab ini di uraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan Hematemesis Melena. Asuhan keperawatan di mulai dari melakukan pengkajian, melakukan analisa data untuk merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan oleh penulis pada tanggal 15 juli 2019 jam 10.00 WITA. Penulis menggunakan metode anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pasien yang dikaji bernama Tn. D.B.E berusia 69 tahun dengan jenis kelamin Laki-Laki, saat ini Tn. D.B.E berprofesi sebagai seorang Pensiunan Guru yang beralamat di Noelbaki. Agama kristen Advent, pasien sudah di rawat inap dari tanggal 13 juli di ruang Teratai pada jam 20:00

Saat ini pasien dirawat dengan diagnosa medis Hematemesis Melena, saat dikaji keluhan yang dirasakan adalah pasien mengeluh nyeri di epigastrik dan sekitar area abdomen serta tidak ada nafsu makan, pasien mengatakan awal masuk rumah sakit karena muntah gumpalan hitam seperti gumpalan darah dan buang air besar warna hitam

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menderita penyakit sebelumnya, pasien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai riwayat alergi, dan tidak mempunyai riwayat operasi, pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, minum kopi dan minum obat-obatan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, tanda tanda vital (Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 88 x/ m, Pernapasan: 22 x / m, Suhu badan :36,0°C), kepala pasien nampak normal, tidak ada lesi, masa ataupun hematoma, pasien juga mengatakan tidak mengalami sakit kepala saat ini kecuali pusing. Wajah pasien simetris, tidak ada masalah

penglihatan, konjungtiva normal , sklera tidak ikterik, pasien menggunakan kacamata, dan tidak ada penglihatan kabur. tidak ada nyeri mata, tidak ada peradangan pada mata dan mulut. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi . ada gangguan pada pendengaran, tidak ada gangguan pada sinusitis, ada gangguan pada tenggorokan (nyeri telan) tidak ada gangguan pada mulut.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan pasien tidak mengalami nyeri dada, dada simetris, tidak ada pengembangan dada, kesadaran composmentis, tidak ada kelainan pada bibir, kuku, capillary refill, tangan, kaki dan sendi. Saat dipalpasi ictus cordis dan vena jugularis teraba, saat diperkusi tidak terdapat pembesaran jantung , saat diauskultasi bunyi jantung 1&2 normal dan juga tidak terdapat murmur.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem pernapasan pasien mengatakan tidak ada masalah pernapasan, saat diinspeksi dada tampak normal, tidak ada jejas, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, dan juga tidak ada penggunaan alat bantu pernapasan. saat diperkusi tidak ada udara atau massa, saat diauskultasi suara napas ekspirasi dan inspirasi normal dan juga tidak ada bunyi napas tambahan, clubbing finger normal.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem pencernaan merupakan ajang tahanan dan juga pasien tidak bisa makan makanan yang keras. Saat diinspeksi turgor kulit normal, bibir , warna mukosa mulut pucat, tidak ada pembesaran pada abdomen. Pada bagian rektal tidak ada luka, perdarahan atau hemoroid , saat diauskultasi bising usus pasien 28x/m saat diperkusi tidak ada masa ataupun cairan kecuali ada udara, saat dipalpasi tonus otot normal.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem persyarafan , pasien mengeluh lemas, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5), Pupil isokor, tidak ada kejang, parsatesia dan cranial nerves normal, pada sistem muskuloskeletal tidak terdapat keluhan dengan

kekuatan otot baik . pada sistem integumen tidak terdapat rash dan lesi, tugor kulit pasien normal,tidak ada petechie dan kelembapan.pasien tidak mempunyai masalah dalam perkemihan ,tidak menggunakan alat bantu kateter, pasien sehari minum air sebanyak 1600cc,dengan parenteral 500cc ,saat dilakukan pengkajian pada sistem endoktrin dan reproduksi tidak terdapat kelainan/masalah.

Saat dikaji pola kegiatan sehari-hari (ADL),pasien mengatakan pola makan baik,makan 3x sehari ,nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan ,makanan yang disukai yaitu kacang-kacangan, Pasien sehari minum 1600-2000cc selama sakit pasien mengalami penurunan BB 2 kg dalam waktu 1 minggu .saat dikaji pola eliminasi pasien BAK lebih kurang 800 cc/hari dengan warna nampak jernih, bau khas dan BAB pasien mengatakan 1x sehari dengan konsistensi lunak. Selama sakit BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek berwarna hitam seperti ter. pasien suka jalan pagi dan lari sore tetapi selama sakit pasien jarang /tidak pernah melakukannya lagi. Pasien tidur malam jam 21.00 dan bangun pagi jam 05.00.

Pasien sering berinteraksi dengan istrinya ,keadaan rumah pasien baik,tidak ada bising dan banjir ,pasien mengatakan jika ada masalah pasien sering membicarakannya dengan istri dan cara menyelesaikannya adalah dengan terbuka satu sama lain, interaksi dalam keluarga baik, pasien sering mengikuti ibadah di gereja setiap minggu,dan tidak ada keterlibatan dalam organisasi keagamaan.keadaan psikologis selama sakit baik, saat ditanya tentang persepsi klien terhadap penyakit pasien mengatakan biasa saja .

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Juli 2019 di dapatkan hemoglobin 14,6 g/dl. Eritrosit $7,00 \times 10^6/\mu\text{L}$. hematokrit 47,5% . trombosit $789 \times 10^3/\mu\text{L}$, SGPT 23 , SGOT 17.

Saat perawatan pasien mendapatkan obat-obatan inj.omeprazole 2x40 mg IV,sukralfaktan sirup 3x15 ml satu jam sebelum makan,

inj.as.traneksamat 3x500 mg IV dan inj.vitamin K 3x5 mg IM, ketorolac 30 mg/iv (bila nyeri).

3.1.2 Anilasa data

Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengaitkan dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data-data hasil pengkajian yang ditemukan pada pasien adalah ;

1. Masalah : nyeri akut

Penyebab : agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut)

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri di epigastrik dan sekitar area abdomen

Data objektif : pasien tampak gelisah, meringis dan selalu memegang area nyeri, skala nyeri 5(1-10).

2. Masalah : ketidakseimbangan nutrisi : nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Penyebab : ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan

Data subjektif : pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, masih merasa mual dan tidak ada nafsu makan

Data objektif : pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan dan berat badan kurang 2 kg dari BB sebelum sakit (BB sebelum sakit 48 kg dan saat ini 46 kg, tinggi badan 162 cm. $BBI = 162 - 100 - 10\% = 55,8 \text{ Kg}$. $IMT : (\frac{1.62 \times 1.62}{46}) = 17,5$ BB kurang).

3.1.3 Diagosa Keperawatan

3.1.3.1 Rumusan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.

3.1.3.2 Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut) merupakan masalah yang mengancam kesehatan.
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan merupakan masalah yang mengancam tumbuh kembang pasien.

3.1.4 Intervensi keperawatan

3.1.4.1 Nursing outcomes clasification(NOC)

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x8 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang,tidak meringgis,tidak memegang area nyeri,tidak gelisah,skala nyeri berkurang dari 5-1 .

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi seimbang dengan kriteria hasil : pasien melaporkan intake cukup dari kebutuhan yang dianjurkan,nafsu makan baik dan berat badan ideal.

3.1.4.2 Nursing Intervention Clasification (NIC)

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 12 :kenyamanan ,kelas 1 kenyamanan fisik dengan kode (00132) manajemen nyeri,(10.15 wita) kaji nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, intensitas dan factor pencetus , bantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien,ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 1 Fisiologis dasar,kelas 1 Dukungan nutrisi kode (1100) manajemen nutrisi (09.00 wita) kaji adanya alergi makanan,pantau berat badan pasien dan jumlah asupan kalornya setiap hari, berikan diet tinggi kalori tinggi protein, serta berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-

17 Juli 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 10.15 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi **P**; iritasi lambung, **Q**; seperti teriris, **R**; di sekitar area epigastrik dan abdomen, **S**; **5** dan **T**; pagi, siang dan malam. Membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, mendorong keluarga memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 12.30 Wita membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 12.30 mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada tanggal 16 juli 2019 pada pukul 08.00 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 12.30 mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri, pada pukul 09:00 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa II yaitu mengkaji adanya alergi makanan, melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalorinya dan pemantauan berat badan pasien untuk membantu menentukan apakah pemenuhan kebutuhan makanan terpenuhi, dan juga memberikan diet tinggi kalori tinggi protein; dengan tujuan nutrient yang cukup untuk peningkatan kebutuhan metabolisme, serta memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa II, melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalori, pemantauan berat badan pasien, serta memberikan diet tinggi kalori tinggi protein.

Pada tanggal 18 juli 2019 melanjutkan tindakan keperawatan dengan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa II, melakukan pemantauan asupan nutrisi pada pasien dan memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

3.1.6 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 juli 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan masih rasa nyeri yang ditandai dengan pasien nampak gelisah,meringis dan selalu memegang area nyeri,skala nyeri 5(1-10).Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 16 juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1 yaitu nyeri akut ,pasien mengatakan nyeri berkurang, tidak meringgis,skala nyeri 1 ,maka evaluasi masalah nyeri akut teratasi sehingga intervensi dihentikan. Pada diagnosa II dengan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu: pasien mengatakan belum menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, masih rasa mual dan tidak ada nafsu makan, yang ditandai dengan pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, berat badan pasien kurang 2 kg dari berat badan sebelum sakit. Maka masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE pada diagnosa II yaitu pasien mengatakan rasa mual berkurang dan makanan yang dihidangkan sebagian dihabiskan, berat badan masih kurang 2 kg dari BB sebelum sakit. Masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 18 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE pada diagnosa II pasien mengatakan tidak ada rasa mual, makanan yang dihidangkan dihabiskan dan berat badan naik 1 kg , masalah teratasi, intervensi dihentikan dan pasien pulang.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses

keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem*, *etiologi*, *sign* dan *symptom* (diagnosa aktual), *problem* dan *etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikianpun asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Hematemesis Melena. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan Hematemesis Melena yang dirawat diruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut . (Syarifudin.2010) pada pemeriksaan fisik keadaan umum klien Hematomesis melena akan terjadi ketidak seimbangan nutrisi akibat anoreksia, intoleran terhadap makanan / tidak dapat mencerna, mual, muntah, kembung dan pada sistem gastrointestinal terdapat nyeri tekan abdomen / nyeri kuadran kanan atas, pruritus, neuritus perifer. Hematemesis melena yang dialami oleh Tn.D.B.E, pada pengkajian didapatkan data ketidakseimbangan nutrisi,intoleransi terhadap

makanan / tidak dapat mencerna, pasien mengeluh nyeri pada epigastrik dan di area abdomen, rasa mual, dan tidak nafsu makan.

Dengan demikian tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan temuan data pengkajian

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien Hemeatemesis Melena akan dapat diagnosa risiko terjadi syok hipovolemik, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh, nyeri akut, risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal dan/atau ginjal, dan defisiensi pengetahuan.

Pada kasus Tn. D. B. E tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 2 hari perawatan di ruang Teratai, sehingga diagnosa keperawatan yang muncul tidak sesuai dengan teori diantaranya diagnosa keperawatan risiko terjadi syok hipovolemik dan risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal dan/atau ginjal tidak diangkat karena pasien sudah tidak muntah darah dan BAB darah, dan diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan juga tidak diangkat karena tingkat pengetahuan baik pasien maupun keluarga terhadap penyakit yang sedang dideritanya cukup yang ditandai dengan pasien dan keluarga dapat menjelaskan tentang penyakitnya. Sedangkan diagnose keperawatan nyeri akut dan masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh diangkat karena pasien masih mengeluh nyeri pada epigastrik dan nyeri abdomen disertai dengan mual, nafsu makan menurun dan saat dilakukan pengkajian berat badan kurang 2 kg dari berat badan sebelum sakit.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead,dkk.2016 dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan

indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas di dalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus Hematemesis Melena pada Tn. D.B.E, intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, intensitas dan factor pencetus , bantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri akut tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu pasien dapat mengungkapkan nyeri, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, skala nyeri berkurang, tidak meringis dan gelisah.

Diagnosa kedua ketidakseimbangan nutrisi adalah dipilih intervensi seperti kaji adanya alergi makanan, pantau berat badan pasien dan jumlah asupan kalorinya setiap hari, berikan diet tinggi kalori tinggi protein, serta berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi seimbang dengan kriteria hasil : pasien melaporkan intake cukup dari kebutuhan yang dianjurkan, nafsu makan baik dan berat badan ideal.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn. D.B.E semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan.. Pada tanggal 15 Juli 2019, dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 10.15

Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi **P**; iritasi lambung, **Q**; seperti teriris, **R**; di sekitar area epigastrik dan abdomen, **S**; **5** dan **T**; pagi, siang dan malam. Membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, mendorong keluarga memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 12.30 Wita membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 12.30 mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada tanggal 16 juli 2019 pada pukul 08.00 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 12.30 mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri, pada pukul 09:00 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa II yaitu mengkaji adanya alergi makanan, melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalorinya dan pemantauan berat badan pasien untuk membantu menentukan apakah pemenuhan kebutuhan makanan terpenuhi, dan juga memberikan diet tinggi kalori tinggi protein; dengan tujuan nutrient yang cukup untuk peningkatan kebutuhan metabolisme, serta memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa II, melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalori, pemantauan berat badan pasien, serta memberikan diet tinggi kalori tinggi protein.

Pada tanggal 18 juli 2019 melanjutkan tindakan keperawatan dengan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa II, melakukan pemantauan asupan nutrisi pada pasien dan memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi pada Tn. D. B. E sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 juli 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan masih rasa nyeri, pasien nampak gelisah,meringis dan selalu memegang area nyeri,skala nyeri 5(1-10).Untuk itu masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 16 juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa 1 yaitu nyeri akut ,pasien mengatakan nyeri berkurang, tidak meringgis,skala nyeri 1 ,maka evaluasi masalah nyeri akut teratasi sehingga intervensi dihentikan. Pada diagnosa II dengan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu: pasien mengatakan belum menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, masih rasa mual dan tidak ada nafsu makan, pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, berat badan pasien kurang 2 kg dari berat badan sebelum sakit. Maka masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengatakan rasa mual berkurang dan makanan yang dihidangkan sebagian dihabiskan, berat badan masih kurang 2 kg dari BB sebelum sakit. Masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 18 Juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II pasien mengatakan tidak ada rasa mual, makanan yang dihidangkan dihabiskan dan berat badan naik 1 kg , masalah teratasi, intervensi dihentikan dan pasien pulang.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil pengkajian Tn. D.B.E masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019 , saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2019 Tn. D.B.E mengeluh nyeri di area epigastrik dan abdomen. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringis dan gelisah, skala nyeri 5 (1-10). Saat ini pasien juga mengeluh terasa nyeri tenggorokan. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut, maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. D.B.E seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi terapi pemberian analgetik untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah melakukan pemberian diet tinggi kalori dan tinggi protein; mencakup kesukaan pasien dan makanan yang dibuat di rumah serta memberikan suplemen nutrisi sesuai dengan ketentuan medic . Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. D.B.E teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4.2 Saran.

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. D.B.E di ruang Teratai RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan pada orang dewasa serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Doenges, Marilyn E. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih bahasa I Made Kariasa. Ed. 3. Jakarta : EGC;1999
- Efiaty Arsyad Soepardi & Nurbaiti Iskandar. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan : Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI; 2001
- R. Sjamsuhidajat & Wim de jong. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi revisi. Jakarta : EGC ; 1997
- Smeltzer Suzanne C. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Alih bahasa Agung Waluyo, dkk. Editor Monica Ester, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC; 2001
- Kapita selekta kedokteran*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Arief.2000.Jakarta
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperawatan: Defenisis dan klasifikasi 2018-2020* Edisi 11. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, Arif.2012.*capita, selekta kedokteran*. Jakarta :Media aesculapius
- Nuratif, Amin Husada & Hardhi Kusuma. *Aplikasi Keperawatan Berdasarkan Tahun 2015*.
- Diagnosa medis & NANDA NIC-NOC* Jilid.2. Yogyakarta.
- Nursalam.2010. *konsep dan penerapan metode penelitian ilmu keperawatan*, Edisi II. Salemba medika. Jakarta.

LAMPIRAN



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
PRODI KEPERAWATAN KUPANG
Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Restu Agape Seo
NIM : PO.5303201181229
Nama Pembimbing : M. Margaretha U.W.,SKp.,MHSc

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juli 2019	1. Konsultasi judul 2. pengarahan persiapan UAP	
2.	16 Juli 2019	1.Ujian praktik klinik di ruang Asoka 2.konsultasi studi kasus sementara (askep).	
3.	18 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 2.BAB 1 masukan data dari dunia, indonesia, dan rumah sakit (ruangan rawat).	
4.	19 Juli 2019	1.Konsultasi BAB 1,2,3 2.perbaiki cara penulisan (margins)	
5.	22 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.BAB 2 Tambahkan Tujuan dari setiap diagnosa	
6.	23 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1, 2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran. 3.perbaiki cara penulisan(penggunaan tanda baca)	
7.	24 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran 3.Tambahkan peran pemerintah dalam penanggulangan penyakit HM 4. Siap ujian tanggal 25 Juli 2019	
8.	25 Juli 2019	1.Ujian KTI 2. Perbaiki cara penulisan 3.Perbaiki intervensi harus relevan (operasional) 4. sesuaikan daftar pustaka.	

Lampiran

Lampiran 1.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



NamaMahasiswa :Restu Agape Seo

NIM :PO.5303201181229

Format PengkajianDewasa

NamaPasien :Tn. D.B.E

Ruang/Kamar : Teratai/A2

DiagnosaMedis :Hematemesis Melena

No. MedicalRecord : 516094

TanggalPengkajian : 15/07/2019 Jam :10:00

MasukRumahSakit : 13/07/2019 Jam :20:00

IdentitasPasien

NamaPasien :Tn.D.B.E

Umur/TanggalLahir : 02-03-1950/69 thn

Agama : Kristen Advent

PendidikanTerakhir :S1

Alamat :Noelbaki

JenisKelamin :L

Status :Kawin

Perkawinan

SukuBangsa :WNI

Pekerjaan :Pensiunan guru

IdentitasPenanggung

Nama :Ny.R.L.L

JenisKelamin :P

Alamat :Noelbaki

Pekerjaan :IRT

Hubungandengan :Istri klien

RiwayatKesehatan

1. KeluhanUtama

- Kapan: pasien mengeluh muntah gumpalan hitam (bekuan darah) dan buang air besar warna hitam.
- Lokasi: di area abdomen

2. RiwayatKeluhanUtama

- Mulai timbulnya keluhan:saat dikaji, pasien mengatakan dua hari yang lalu muntah gumpalan hitam
- Sifat keluhan: hilang timbul
- Lokasi : abdomen
- Keluhan lain yang menyertai: pasien mengeluh nyeri di epigastrik, rasa mual, dan tidak nafsu makan
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : perdarahan pada lambung.
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Pasien mengatakan keluhan bertambah jika minum / makan
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan upaya dengan cara minum obat secara teratur

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

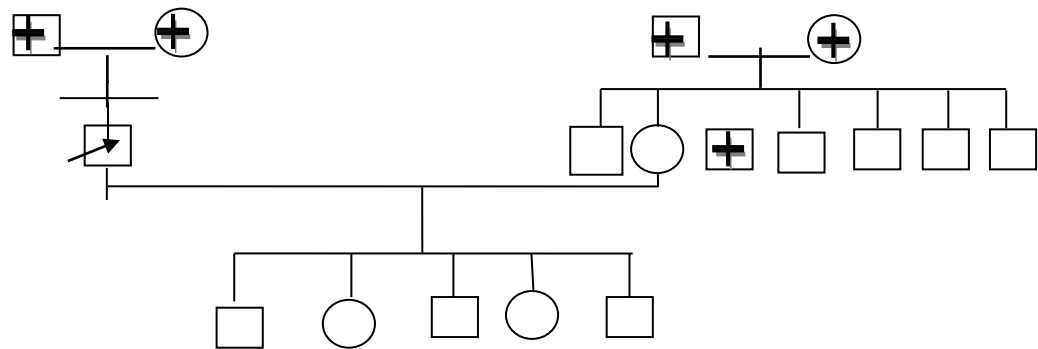
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : sering nyeri epigastrik (gastritis)
- Riwayat Alergi : tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

4. Kebiasaan

- Merokok
Tidak merokok
- Minum alkohol
Tidak ada
- Minum kopi :
Tidak minum kopi
- Minum obat-obatan
Ya: antasida NDOEN 3x1 tab.ac , Rantidin 2x1 tab

Riwayat Keluarga/ Genogram(diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko



- Keterangan :**
- ☐ = Laki-laki
 - ☐ = Perempuan
 - ☒ = laki-laki meninggal
 - ➔ = Pasien
 - = Tinggal serumah
 - ☒ = meninggal laki – laki
 - ☒ = meninggal perempuan

Pemeriksaan Fisik.

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 120/70mmHg
- Nadi : 88 x/ m
- Pernapasan : 22 x / m
- Suhu badan : 36,0°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : ☐ya ☒tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi: ☒normal ☐abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ☐ada, ☒tidak ada
 - Masa : ☐ada, ☒tidakada
 - Observasi Wajah : ☒simetris☐asimetri,

- Penglihatan :
 - Konjungtiva: ☒anemis ☐tidak
 - Sklera: ikterik ☒tidak
 - Pakai kacamata : ☐☒Ya ☐tidak
 - Penglihatan kabur : ☐☒Ya, ☐tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☒☐Ya ☐tidak
 - Nyeri : ☐Ya ☒tidak
 - Peradangan : ☐Ya ☒tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐Ya ☒tidak
 - RiwayatPolip : ☐Ya, ☒tidak
 - Sinusitis : ☐Ya, ☒tidak
 - Epistaksis : ☐Ya, ☒tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tampak bersih
 - Caries : ☐Ya, ☒tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan bicara : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan menelan : ☒☐Ya, ☐tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : ☐Ya, ☒tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐Ya, ☒tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : ☐abnormal , ☒ normal
 - Bibir : ☐sianosis ☒ normal
 - Kuku : ☐sianosis ☒ normal
 - CapillaryRefill : ☐ Abnormal ☒ normal< 3det
 - Tangan : ☐ Edema ☒ normal
 - Kaki : ☐ Edema ☒ normal
 - Sendi : ☐ Edema ☒ normal
 - Ictuscordis/ApicalPulse: ☒Teraba ☐tidakteraba
 - Vena jugularis : ☒Teraba ☐tidakteraba
 - Perkusi : pembesaran jantung: Normal
 - Auskultasi :
 - BJ I : ☐ Abnormal ☒ normal
 - BJ II : ☐ Abnormal ☒ normal
- Murmur :tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : ☐Ya, ☒tidak
 - Bentuk Dada : ☐ Abnormal, ☒ Normal
 - Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, ☒normal
 - Irama Napas : ☒teratur ☐tidakteratur
 - Retraksi otot pernapasan: ☐Ya ☒tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐Ya, ☒tidak
- Perkusi : Cairan : ☐Ya ☒tidak
 - Udara : ☐Ya ☒tidak
 - Massa : ☐Ya ☒tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
 - Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
 - Ronchi : ☐Ya ☒tidak
 - Wheezing : ☐Ya ☒tidak
 - Krepitasi : ☐Ya ☒tidak
 - Rales : ☐Ya ☒tidak
 - Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : klien mengatakan nyeri di area abdomen
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : ☐ Abnormal, ☒ Normal
 - Keadaan bibir : ☐lembab ☒kering
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : pucat
 - Luka/ perdarahan : ☐Ya, ☒tidak
 - Tanda-tanda radang : ☐Ya, ☒tidak
 - Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal
 - Keadaan abdomen
 - Warna kulit : normal, tidak mengkilat
 - Luka : ☐Ya, ☒tidak
 - Pembesaran : ☐ Abnormal, adanyaasites ☒normal
 - Keadaan rektal
 - Luka : ☐Ya, ☒tidak
 - Perdarahan : ☐Ya, ☒tidak
 - Hemmoroid : ☐Ya, ☒tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : ☐Ya, ☒tidak
- c. Auskultasi :
 - Bising usus/Peristaltik : 33 x/,menit../ baik +)
- d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, ☒ normal
 - Udara : ☒ Abnormal, (kembung) ☐ normal

- Massa : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Palpasi:
- Tonus otot: ☐ Abnormal, ☒ normal
- Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal
- Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : nyeri epigastrik dan abdomen
- b. Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS (E/M/V): 15
- c. Pupil : ☒ Isokor ☐ anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Jenis kelumpuhan : ☐ Ya, ☒ tidak
- f. Parasthesia : ☐ Ya, ☒ tidak
- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, ☒ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal
- i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ ada, ☒ tidak ada
- c. Nyeri otot : ☐ ada ☒ tidak
- d. Nyeri Sendi : ☐ ada ☒ tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, ☒ normal
- f. Kekuatan otot : ☐ Atropi ☐ hiperthropi ☒ normal

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ ada, ☒ tidak ada
- b. Lesi : ☐ ada, ☒ tidak ada
- c. Turgor : baik Warna : coklat
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Petechie : ☐ ada, ☒ Tidak ada
- f. Lain lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☐ enuresis
☐ gross hematuria ☐ disuria ☐ poliuria
☐ oliguria ☐ anuria
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya ☐ ☒ tidak
- c. Kandung kencing : membesar ☐ ya ☒ tidak
nyeri tekan ☐ ya ☐ tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- e. Intake cairan : ☐ oral : 800cc/hr ☐ parenteral : 1000cc

- f. Bentuk alat kelamin : ☐ √ Normal ☐ Tidak normal,
g. Uretra : ☒ Normal ☐ Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
b. Pembesaran Kelenjar : ☐ ada, ☒ tidak ada
c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
b. Wanita : Siklus menstruasi : -
• Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☐ normal
• Riwayat Persalinan:-
• Abortus:-
• Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, ☐ normal
• Lain-lain:-
c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ ada ☒ tidak ada
d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : --
- Makanan yang disukai : kacang-kacangan
- Banyaknya minuman dalam sehari 1600cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol
- Sebelum sakit BB : 48 kg TB : 162cm
- Penurunan BB: 2 kg , dalam waktu: 1 minggu

2. Perubahan selama sakit : rasa mual, tidak ada nafsu makan

Tidak ada perubahan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : tidak terpasang kateter Warna : kuning
Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1000cc

2. Perubahan selama sakit : --

3. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji belum BAB

Warna : --

Konsistensi : --

b. Perubahan selama sakit : BAB darah warna hitam

c. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : jalan pagi

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : bulutangkis
- C. Istirahat dan tidur
 - Tidur malam jam : 21.00
 - Bangun jam : 05.00
 - Tidur siang jam : 14.00
 - Bangun jam : 16.00
 - Apakah mudah terbangun : tidak
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : membaca buku

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri
Cukup/ tidak
Bising/ **tidak**
Banjir / **tidak**
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (anak-anak)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya (ke gereja tiap Sabtu)
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang ke rumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			14/07/2019	13/07/2019			
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	14,6	16,7			
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$	7,00	7,87			
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	47,5	52,4			
4	SGPT	< 41	23				

5	SGOT	< 35	17				
6	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 10 ³ /μl	28,30	27,52			
7	Trombosit	1.00-3.70 .10 ³ /μl	789	761			

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- Foto gigi dan mulut : tidakada
- Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidakada
- Cholescystogram : tidakada
- Foto colon : tidakada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultraonographi : 15/07/2019 Batu ginjal ka/ki dengan CRD

Biopsy :

Colono scopy : tidakada

Dll : tidakada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan : omeprazole 2x40mg/IV, Ketorolac 30 mg/IV (bila nyeri), Sukralfatan syr 3x15 cc satu jam sebelum makan, Kalnex 3x 500 mg/IV.vit K 3x1 amp/im, Ivfd D10% 500cc/Nacl 500 cc.
- Lain-lain : Diet/makan bubur halus bertahap sampai nasi

LAPORAN KASUS

ANALISA DATA

NO	DATA-DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Data subjektif : pasien mengatakan nyeri di epigastrik dan sekitar area abdomen Data objektif : pasien tampak gelisah, meringis dan selalu memegang area nyeri, skala nyeri 5(1-10).	Nyeri akut	agen cidera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut)

2	<p>Data subjektif : pasien mengatakan tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, masih merasa mual dan tidak ada nafsu makan</p> <p>Data objektif : pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan dan berat badan kurang 2 kg dari BB sebelum sakit (BB sebelum sakit 48 kg dan saat ini 46 kg, tinggi badan 162 cm. BBI= $162-100-10\% = 55,8 \text{ Kg}$. IMT : $(1.62 \times 1.62) / 46 = 17,5$; (BB kurang)</p>	ketidakseimbangan nutrisi : nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan
---	---	---	---

Diagnosa keperawatan:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.

INTERVENSI KEPERAWATAN:

NO	DX KEP	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme	<p>Domain 12 : kenyamanan</p> <p>Kelas 1 : kenyamanan fisik</p> <p>Kode :00132</p> <p>Nyeri akut</p> <p>Goal: pasien bebas dari nyeri selama masa perawatan</p> <p>Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC (1605):manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - (160510)menganalisis skala nyeri - (160503)mengidentifikasi 	<p>Domain 1: fisiologis dasar</p> <p>Kelas E : promosi kenyamanan fisik</p> <p>Kode :1400 Manajemen nyeri</p> <p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif(PQRST) 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Gunakan strategi komunikasi

	otot dinding perut).	<p>kasi tanda dan gejala nyeri</p> <p>- (160505)menggunakan analgesik sesuai anjuran</p>	<p>terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 5. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik. 7. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.
2.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.	<p>Domain 2 : Kesehatan fisiologi</p> <p>Kelas 2: pencernaan dan nutrisi</p> <p>kode (1008) status nutrisi : asupan makanan dan cairan</p> <p>Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien pasien melaporkan intake cukup dari kebutuhan yang dianjurkan,nafsu makan baik dan berat badan ideal.dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC :- (100402) menilai asupan makanan dengan skala 4-5</p> <p>- (100405) menilai rasio BB/TB dengan skala 4-5</p>	<p>Domain 1: Fisiologis dasar,kelas: 1 Dukungan nutrisi kode (1100) manajemen nutrisi</p> <p>Intervensi/</p> <p>NIC:Manajemen nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kaji adanya alergi makanan 2. Pantau berat badan pasien dan jumlah asupan kalornya setiap hari 3. Berikan diet tinggi kalori tinggi protein 4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut b/d agen cedera biologis (rasa panas/terbak ar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).	senin, 15/07/2 019	10.15 10.20 10.25 10.25 12.30	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif(PQR ST) 2. Menganjurkan mempertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri 4. Memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 5. Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 6. Memberikan injeksi ketorolac 1 amp 30 mg/iv	S: pasien mengeluh masih merasakan nyeri O: skala nyeri 4, masih meringgis dan gelisah A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
2.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran	Selasa, 16/07/ 2019	09.00. 09.00 10.00 12.00	1. Mengkaji adanya alergi makanan, 2. Melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalori dan pemantauan berat badan 3. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien 4. Memberikan diet	S: pasien mengatakan belum menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, masih rasa mual dan tidak ada nafsu makan O: Pasien tidak	

	pencernaan.			tinggi kalori tinggi protein;	menghabiskan porsi makanan yang dihidangkan, berat badan pasien kurang 2 kg dari berat badan sebelum sakit. A: masalah belum teratasi P ;intervensi dilanjutkan.	
--	-------------	--	--	-------------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

16Juli 2019

NO	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Nyeri akut b/d agen cidera biologis (rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut atau spasme otot dinding perut).	pasien mengat akan nyeri berkurang, tidak meringgis	Pasien nampak tidak meringgis, skala nyeri 1	Masa lah teratasi	Intervensi dihentikan		
2.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari	pasien mengat akan belum menghabiskan	pasien tidak menghabiskan porsi makan	Masa lah belum teratasi	Intervensi dilanjutkan	1. melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalori, pemantauan berat badan	Evaluasi pukul 12:30 Keadaan umum Nampak lemah, pasien tidak menghabiskan

	kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.	porsh makanan yang dihidangkan, masih rasa mual dan tidak ada nafsu makan	an yang dihidangkan, berat badan pasien kurang 2 kg dari berat badan sebelum sakit			pasien, 2. memberikan diet tinggi kalori tinggi protein.	porsh makanan yang dihidangkan dan berat badan kurang 2 kg dari BB sebelum sakit (BB sebelum sakit 48 kg dan saat ini 46 kg, tinggi badan 162 cm. BBI= $162-100-10\% = 55,8$ Kg. IMT : $(1.62 \times 1.62 / 46 = 17,5$ BB kurang).
--	---	---	--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

17 Juli 2019

N O	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh	pasien mengatakan belum menghabiskan porsi makanan	pasien tidak menghabiskan porsi makanan yang	Masa lalu belum teratur	Intervensi dilanjutkan	1. melakukan pemantauan asupan nutrisi terutama kalori, pemantauan berat badan pasien, 2. memberikan diet	Evaluasi pukul 12:00 Keadaan umum lemah, rasa mual, tidak ada nafsu makan TTV: TD:120/80

	berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.	an yang dihidangkan, masih rasa mual dan tidak ada nafsu makan	dihidangkan, berat badan pasien kurang 2 kg dari berat badan sebelumnya sakit			tinggi kalori tinggi protein.	N:88x/m S:36,5 ⁰ c RR:20x/m
--	---	--	---	--	--	-------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

18 Juli 2019

N O	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan akibat perdarahan pada saluran pencernaan.	pasien mengatakan mengalami penurunan porsi makan yang dihidangkan, tidak rasa mual dan nafsu makan berkurang	pasien menghabiskan porsi makan yang dihidangkan, berat badan pasien naik 1 kg dari berat badan sebelumnya sakit	Masa lalu teratur	Intervensi dihentikan		